



REDSKABSKATALOG FOR SELMORDSFOREBYGGELSE



Sikker Psykiatri

Indledning

Indsatsen omkring selvmordsforebyggelse adskiller sig fra de tre tidligere kliniske indsatser i Sikker Psykiatri, idet der ikke indledningsvist præsenteres en færdig pakke, som alle pilotenheder skal arbejde med. I stedet præsenteres en række analyser og redskaber, som skal anvendes til at opstille en lokal forbedringsteori med deraf følgende lokale interventioner.

Vi har valgt denne tilgang, fordi alle pilotenheder nu har så meget erfaring med at anvende forbedringsmodellen på fastlagte problemstillinger, at det er tid til at bygge videre med redskaber til at analysere nye og fremtidige problemer. Det væsentlige er, at man arbejder tværfagligt, er fokuserede på systemperspektivet snarere end individer, og at man til stadighed bevarer en nysgerrigt undrende tilgang.

Efterhånden som problemer afdækkes med de forskellige metoder og redskaber, som er nævnt herunder, vil det være muligt at opstille et driverdiagram, der viser, hvordan de forskellige konkrete forbedringer vil føre til færre selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse.

Resultaterne af de forskellige undersøgelser og analyser skal præsenteres på læringsseminaret i maj 2016, hvor der vil være fokus på at omsætte disse til en konkret forbedringsteori med tilhørende interventioner og indikatorer. På baggrund af det regionale/lokale analysearbejde og opstillede forbedringsteorier, er det samtidig hensigten, at der ligeledes til maj opstilles én samlet forandringsteori for indsatsen omkring selvmordsforebyggelse i Sikker Psykiatri.

Dette katalog beskriver først baggrundsinformation om selvmord i Danmark. Herefter præsenteres en baggrundsanalyse af utilsigtede hændelser vedr. selvmord og selvmordsforsøg, som kan anvendes til brug for identifikation af problemstillinger, som analyseres lokalt/regionalt, fx hvordan risikovurderes, med hvilket redskab og hvornår? Herefter redegøres for de temaer, som blev identificeret ved workshop med klinikere, brugere og pårørende. Temaerne kan ligesom analyserne af utilsigtede hændelser bruges ifm. de lokale/regionale analyser, herunder identifikation af potentielle løsninger. Endeligt præsenteres redskaber til yderligere lokale/regionale analyser til brug for opstilling af den lokale forbedringsteori.

Baggrund

Selvmoersraten har i Danmark været støt faldende de seneste tredive år og er aktuelt historisk lav, om end den i et internationalt perspektiv er relativt høj. Psykisk sygdom er den stærkeste risikofaktor for selvmord, og flertallet af selvmord blandt kvinder (53 %) sker blandt personer, der tidligere har haft en psykiatrisk indlæggelse (for mænd er denne andel 33 %). En undersøgelse fra 2006 gennemgik samtlige dødsattester fra 2001 kodet med dødsårsagen selvmord og fandt, at 48 ud af 727 selvmord skete under indlæggelse (11 på somatisk afdeling, 37 på psykiatrisk afdeling), og at yderligere 23 personer begik selvmord efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling. Dette sidste tal er formentlig et minimum, da oplysning om nylig indlæggelse ikke nødvendigvis har foreligget ved ligsynet.

Selvordstanker, selvmordsforsøg og selvmord kan betragtes som et dynamisk kontinuum . Der findes imidlertid ikke særligt gode data for forekomsten af selvmordstanker eller selvmordsforsøg, men undersøgelser af selvrapporeret selvmordsadfærd² viser, at 7 % af befolkningen har haft selvmordstanker inden for det seneste år, 3 % oplyser at have forsøgt selvmord tidligere, hvoraf 0,4 % i løbet af de seneste år.

Mål for indsatsen

Det overordnede mål med indsatsen omkring selvmordsforebyggelse er, at selvmord under indlæggelse på og 30 dage efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling ikke skal forekomme. Det er desuden målet, at de enkelte pilotenheder gennem en grundig analyse opstiller en teori for, hvordan enheden kan forbedre indsatsen for selvmordsforebyggelse, og at denne teori herefter omsættes til en plan for afprøvninger, implementering og spredning.

Det er vigtigt, at pilotenhederne lokalt opstiller mål (i form af operationelle indikatorer) for indsatsen.

Baggrundsanalyser

Gennemgang af utilsigtede hændelser

Dansk Selskab for Patientsikkerhed gennemgik i efteråret 2015 alle afsluttede sager fra 2010 til 2015, som var rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase som selvmord, selvmordsforsøg eller selvskadende adfærd. Der var i alt 920 hændelser, hvoraf 717 var rapporteret fra et sygehus (somatisk eller psykiatrisk). Der var 155 rapporter vedrørende selvmord, 323 vedrørende selvmordsforsøg og 237 vedrørende selvskadende adfærd.

Rapporterne blev herefter gennemgået med fokus på at uddrage temaer, særligt hvad angår rapporternes forslag til forebyggelse. Disse temaer er yderligere kondenseret her, og giver dermed et overordnet billede af, hvad der er rapporteret på landsplan. Ved de nærmere analyser vil det være fornuftigt at gennemgå disse temaer med henblik på at vurdere, hvor der er behov for en forbedringsindsats.

I det følgende gennemgås temaer identificeret ved gennemgangen af hændelser vedrørende selvmord og hændelser vedrørende selvmordsforsøg.

Rapporter vedrørende selvmord

Her skal det først fremhæves, at mange af disse rapporter anfører, at man er i tvivl om, hvorvidt selvmordet var forebyggeligt, da patienten var vurderet til ikke at være i selvmordsrisiko. Dette rejser som minimum følgende spørgsmål:

- Er det anvendte værktøj godt nok til at vurdere selvmordsrisiko?
- Anvendes værktøjet korrekt af personalet?
- Revurderes patienter tilstrækkeligt hyppigt?
- Iværksættes de nødvendige foranstaltninger afledt af en given risikovurdering?

Herudover peger rapporterne på følgende temaer:

Kommunikation

- Har kommunikationen om selvmordsrisiko og de nødvendige foranstaltninger været klar for personalet i den pågældende vagt og ved overdragelse til næste vagt? Er der faste procedurer for, hvordan disse forhold kommunikeres? Sikkerhedsbriefing?
- Har kommunikationen mellem to afdelinger eller to sektorer (fx afdeling og praktiserende læge) være klar? Er der klare aftaler omkring overgange?
- Inddrages oplysninger fra andre afdelinger/sektorer i selvmordsrisikovurderingen?
- Er der faste procedurer for overlevering af information ved fx ferie eller sygdom?

Kontaktbrud

Hermed menes situationer, hvor patienten utilsigtet (set fra personalets side) bryder kontakten. Der kan fx være tale om absenteringer eller udeblivelser fra aftaler (enten i afdelingen eller i anden sektor).

- Er der faste procedurer for opfølgning, hvis patienten bryder kontakten?
- Er der klar kommunikation med fx ambulatorier, distriktspsykiatri eller egen læge omkring forventet handling, hvis patienten ikke dukker op til en aftalt tid?

Overgange

Overgange, hvor behandlingsansvaret skifter, udgør en særlig risiko.

- Er der faste procedurer for, hvordan patienten fx afsluttes til egen læge? Er der klare aftaler med patienten, om hvordan pågældende skal handle i tiden frem til næste aftale (sikkerhedsplan)?
- Er der faste procedurer for patienter, hvis omstilling af lægemiddelbehandling ikke er afsluttet under indlæggelse?

Rapporter vedrørende selvmordsforsøg

Risikovurdering

Her peger rapporterne på, at ikke alle patienter risikovurderes, og at vurderingen ikke altid er af tilstrækkelig høj kvalitet. Der peges desuden på behovets for, at der er hyppigere tilsyn/opsyn med patienter, der er vurderet i selvmordsrisiko.

Kommunikation og samarbejde

Her peges der på samme problemstillinger som i samme afsnit under rapporten vedrørende selvmord. Desuden:

- Foretages risikovurdering tværfagligt (da plejepersonalet tilbringer mere tid sammen med patienterne)?
- Fornys risikovurdering ved hændelser i afdelingen?

Fysiske rammer og visitation

- Gennemgås fysiske rammer jævnligt? (se også nærmere i afsnittet om patientsikkerhedsrunder)
- Er der faste procedurer for visitation af patienter og besøgende?

Alarmering og behandling

- Er der faste procedurer (inkl. definerede roller) for alarmering og genoplivning?
- Antidottilgængelighed?

Aftaler med patienter

- Er der klar procedurer for, hvad personalet skal gøre, hvis patienter bryder aftaler, fx ikke kommer tilbage til aftalt tid efter udgang, kender alle personale de enkelte aftaler med patienter om fx udgang?

Temaer fra workshop

Ligeledes i efteråret 2015 afholdtes en workshop med deltagelse af bruger- og pårørenderepræsentanter, eksperter i selvmordsforebyggelse samt Dansk Selskab for Patientsikkerhed. De eksterne repræsentanter var valgt efter indstilling fra Sikker Psykiatri faglige følgegruppe. Formålet med workshoppen var at søge en afgrænsning og en opstilling af præliminære temaer til efterfølgende diskussion i den faglige følgegruppe. Temaerne har således allerede været drøftet i dette forum, men vurderes at kunne anvendes på samme vis som temaerne fra de utilsigtede hændelser i afdelingernes lokale analysearbejde.

Fælles for temaerne er, at det ikke er forsøgt at tage stilling til betydningen af det enkelte tema eller til, i hvilken grad eventuelle interventioner allerede er bredt implementerede.

Kultur

Det lød samstemmende fra bruger- og pårørenderepræsentanter, at der er behov for at arbejde med kulturen i hospitalspsykiatrien. Diskussionen havde to dimensioner: Dels en dimension omkring en ordentlig omgangstone, dels en dimension omkring et mere ligeværdigt møde menneske til menneske.

En af repræsentanterne beskrev en oplevelse af at føle, at personalet i højere grad agerede "arbejdsgiver" og udstak regler og ordrer, mens man som bruger det meste af tiden mere har brug for personalet i rollen som "fagforeningen", der taler brugerens sag. Repræsentanten anerkendte behovet for, at fx en husorden håndhæves, og at man som bruger er nødt til at affinde sig med sådanne rimelig krav, men havde ikke desto mindre overordnet en oplevelse af, at personale og brugere ikke altid var på samme side.

At brugernes beretninger fremgik endvidere, at de begge havde en oplevelse af ikke at være blevet mødt i en helt almindelig menneskelig relation, herunder at der ikke var noget personale, der på noget tidspunkt havde taget sig tid til blot at sætte sig ned og lytte. Brugerne beskrev et behov for, at man kunne tale sammen, uden at der nødvendigvis skulle være et formelt formål med samtalen.

Vi har sammenfattende kaldt dette tema for kultur, men man kunne også stille spørgsmålet: Hvordan opnår man en ægte og oplevet behandlingsalliance?

Frivillige / peer-to-peer

I forlængelse af det ovenstående tema drøftede workshoppen det forhold, at man som bruger sidder inde med en viden og har nogle erfaringer (herunder som den eneste har set et behandlingsforløb over tid), som ligger ud over, hvad de professionelle har mulighed for at vide eller erfare. Begge brugerne havde gode erfaringer med at tale med andre brugere, der havde oplevet lignende situationer og forløb.

Vi drøftede med udgangspunkt i ovenstående, om man kunne forestille sig tidligere brugere inddraget i højere grad enten som frivillige eller som lønnede "konsulenter". De to brugere gav begge udtryk for, at de formentlig ville være interesserede i noget sådant, hvis der var en formaliseret struktur for sådant arbejde.

Under dette tema drøftede vi ligeledes, at tidligere brugere måske også ville kunne bidrage med et "realitetstjek" i forhold til brugere med et "urealistisk" billede af virkeligheden (hermed menes ikke defekt realitetstestning, men snarere en korrektion af "livet som reality-tv").

Mens dette kan beskrives som brugerens "myter om det virkelige liv", er der på den anden side blandt professionelle behov for at opbygge viden og udfordre myter om selvmord og selvmordsforsøg.

Inddragelse af pårørende

Der var enighed om vigtigheden af inddragelse af pårørende, men også at det desværre ikke altid fungerer optimalt. Pårørenderepræsentanten fremhævede således flere oplevelser, hvor manglende samtykke fra brugeren var blevet tolket som manglende mulighed for at udtale om selv helt generelle forhold.

Risikovurdering og -håndtering

Under dette tema drøftede gruppen betydningen af en evidensbaseret risikovurdering, men ikke mindst, at denne følges op af konkrete og individuelt tilpassede interventioner. Der var desuden fokus på eventuelt behov for undervisning og træning i risikovurdering, således at der bliver tale om en risikovurdering af høj kvalitet og ikke blot en afkrydsning i et skema.

For patienter i øget selvmordsrisiko skal der udarbejdes en kriseplan. En kriseplan indeholder en beskrivelse af, hvordan brugeren kan handle i tilfælde af at blive overvældet af selvmordstanker, herunder både afledende aktiviteter og kontakter i netværk og behandlingssystem.

I forhold til håndteringen af risikoen nævntes desuden en række konkrete værktøjer som Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) og Emotion Regulation Group Therapy (ERGT). Desuden blev Åben Dialog nævnt som en mulig tilgangsvinkel.

Overgange

Gruppen diskuterede flere overgangsproblematikker, og vigtigheden af at anvende det støttende og ledsagende princip blev fremhævet. Med dette princip menes, at brugeren ikke slippes af en instans i behandlingssystemet før en anden instans har taget over.

Overgang til indlæggelse

Overgangen til at være indlagt blev beskrevet som en meget vigtig overgang, hvor brugeren typisk oplever et stort kontroltab. I den forbindelse kan en beslutning om at forsøge selvmord opleves som udøvelse af den sidste rest af kontrol, som brugeren har.

Overgange under indlæggelse

Også under indlæggelse kan der opstå overgange. Dette drejer sig typisk om mere komplekse forløb, hvor brugeren fx overføres mellem åbent og intensivt sengeafsnit – eventuelt flere gange. Brugere i sådanne forløb er særligt udsatte, idet oplevelsen af kontroltab kan udløses ved hver overflytning, og da brugeren på ny skal etablere relationer til såvel personale som andre indlagte. Overgang efter indlæggelse – forløb umiddelbart efter udskrivelse
Overgangen efter indlæggelse er velbeskrevet som særdeles risikofyldt med en mangedoblet risiko for selvmord, der kun langsomt falder. Særligt i denne overgang, hvor brugeren ”slippes” af hospitalspsykiatrien, er der behov for en klar kriseplan, og for at brugeren først slippes, når næste instans (kommune, botilbud eller lign.) er klar til at tage over.

Aldersovergang

Endelig diskuterede gruppen overgangen mellem børne- og ungdomspsykiatrien, hvor der var en oplevelse af, at kulturen er meget forskellig, og at der er en meget forskellig inddragelse af pårørende. Denne inddragelse er naturligvis i hvert fald delvist begrundet i juridiske forhold (myndighedsalder), men disse kan næppe forklare hele kulturforskellen.

Redskaber til yderligere analyser

I det følgende gennemgås en række redskaber, der skal benyttes til at opstille pilotenhedens forbedringsteori. Pilotenhederne forventes at benytte alle redskaber.

Interviews med brugere, pårørende og personale

Ovenstående metoder benytter sig primært af den skriftlige dokumentation omkring selvmord og selvmordsforsøg, hvorfor der i høj grad er tale om personalets oplevelse af situationerne. Disse analyser skal derfor suppleres med interviews med brugere, der har forsøgt selvmord samt pårørende til disse brugere samt til brugere, der faktisk begik selvmord under indlæggelse. Interviewene kan med fordel tage udgangspunkt i interviewpersonens beskrivelse af hændelsesforløbet (fra indlæggelsestidspunktet eller – hvis det giver bedre mening – et tidligere tidspunkt). Herefter forsøges med åbne spørgsmål at afdække teorier omkring forhold, der kunne have forhindret selvmordet eller selvmordsforsøget, idet fokus skal være på forhold i afsnittet/det øvrige sundhedsvæsen, snarere end personlige og individuelle forhold. Interviewene skal gennemføres af personale, der har erfaring i samtale omkring selvmord og selvmordsrisiko, og alle interviewpersoner skal have adgang til opfølgende samtaler, hvis de ønsker det.

Patientsikkerhedsrunde med fokus på fysiske rammer

De fysiske rammer er af afgørende betydning for patientsikkerheden i forhold til forebyggelse af selvmord. Pilotenhederne skal foretage en patientsikkerhedsrunde med fokus på de fysiske rammer. På runden skal der som minimum fokuseres på følgende forhold, idet alle rum og lokaler gennemgås (for identiske patientstuer kan man vælge at gennemgå en mindre stikprøve):

- Hængning
- Kvælning
- Udspring
- Selvskade
- Andet

På patientsikkerhedsrunden skal deltage mindst en repræsentant for henholdsvis direktion, afdelingsledelse og afsnitsledelse, projektlederen for Sikker Psykiatri, en brugerrepræsentant og en pårørenderepræsentant. Metoden er nærmere beskrevet i et notat fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed . I dette notat beskrives en meget bred og åben tilgang til patientsikkerhedsrunder, som pilotenhederne med fordel kan anvende til eventuelle senere runder, hvor fokus ikke primært behøver at være på de fysiske rammer.

15 skridt

Det britiske NHS Institute for Innovation and Improvement har udviklet metoden 15 skridt til systematisk at undersøge førstehåndsindtrykket af en afdeling. Metoden består af en række spørgsmål, der hjælper personen, der udfører 15 skridt med at vurdere følgende forhold på afsnittet:

- Virker afsnittet imødekommende?
- Virker afsnittet sikkert?
- Virker afsnittet omsorgsfuldt og involverende?
- Virker afsnittet velorganiseret?

Da metodens fokus er førstehåndsindtryk, er det vigtigt, at den gennemføres af personer, der ikke har daglig eller hyppig gang på afsnittet.

Eksempler kan være:

- Projektleder eller personale fra anden pilotenhed
- Personale fra det lokale somatiske sygehus
- Bruger og pårørende fra anden pilotenhed
- Lokal praktiserende læge

Patient Safety Climate Tool

Dette redskab er udviklet i det skotske forbedringsprogram for psykiatrien og i modsætning til andre værktøjer til måling af sikkerhedskultur, fokuseres der på brugernes oplevelse af sikkerheden på afsnittet. Udgangspunktet er, at brugerne interviewes af personale fra en anden afdeling med udgangspunkt i meget konkrete spørgsmål (fx angivelse på en skala fra 1-5 hvor sikker man føler sig i afsnittet om dagen). Redskabet er oversat og har været anvendt på pilotenheden i Viborg.

Zero Suicide Organizational Self-Study

Dette er et meget udtømmende redskab, der kan anvendes til at evaluere afsnittet på følgende dimensioner:

- Ledelse – har ledelsen eksplicit forpligtet sig til en strategi om nul selvmord?
- Træning – er alt personale uddannet i at identificere og respondere på selvmordsadfærd?
- Identifikation – identificeres enhver bruger der er i risiko for selvmord?
- Engagement – følges enhver bruger i selvmordsrisiko tæt med en konkret plan?
- Behandling – behandles selvmordsadfærd eksplicit og evidensbaseret?
- Overgang – er der en sikker overgang mellem sektorer og instanser?
- Forbedring – anvendes data til at styre forbedringsarbejdet?

Redskabet er kun tilgængeligt på engelsk, men det anbefales ikke desto mindre kraft, at alle benytter det – om ikke andet som en slags tjekliste til, hvilke områder der bør ses på.

Indikatorer

Der er – lykkeligvis – så få selvmord under indlæggelse, at det ikke er muligt at anvende hverken det absolutte antal eller raten som en resultatindikator. Pilotenhederne skal med baggrund i historiske data opstille et mål for reduktion af selvmordsforsøg under indlæggelse. De opstillede handlinger, der skal implementeres for at nå målet (jf. forbedringsteorien), skal desuden følges med et antal indikatorer.

Litteratur

1. Konieczna A. Selvmord i Danmark – rateudvikling for perioden 2000-2010. Faktaserien nr. 31. Odense: Center for Selvmordsforskning, 2012.
2. Helweg-Larsen K (red.). Selvmord i Danmark. Markant fald i selvmord, men stigende antal selvmordsforsøg. Hvorfor? København, Statens Institut for Folkesundhed, 2005.
3. Morthorst BR. Personlig meddelelse.
4. Temarapport 2006: Selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
5. Møller S, Stephensen I. Selvmordsprocessen. Faktaserien nr. 11. Odense: Center for Selvmordsforskning, 2004.
6. Patientsikkerhedsrunder – et ledelsesredskab: Metodebeskrivelse. Hvidovre: Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2011. Internet: http://arkiv.patientsikkerhed.dk/media/563272/patientsikkerhedsrunder_metodebeskrivelse_02.05.pdf
7. Internet: http://zerosuicide.sprc.org/sites/zerosuicide.actionallianceforsuicideprevention.org/files/ZS-Org-SelfStudy_72915.pdf